



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

NATHALYA CRISTINE TEIXEIRA
THAMIRES LOPES BOTELHO

**MELHORA DA ANSIEDADE E QUALIDADE DE
VIDA EM MULHERES COM SÍNDROME DA
BEXIGA HIPERATIVA APÓS
ELETROESTIMULAÇÃO EM NERVO TIBIAL**

BRASÍLIA
2017

NATHALYA CRISTINE TEIXEIRA
THAMIRES LOPES BOTELHO

**MELHORA DA ANSIEDADE E QUALIDADE DE
VIDA EM MULHERES COM SÍNDROME DA
BEXIGA HIPERATIVA APÓS
ELETROESTIMULAÇÃO EM NERVO TIBIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de
Brasília – UnB – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para
obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): **Prof^a. Dr^a. Aline Teixeira Alves**

Coorientador (a): **Prof^a. Dr^a. Liana Barbaresco Gomide Matheus**

BRASÍLIA
2017

NATHALYA CRISTINE TEIXEIRA
THAMIRES LOPES BOTELHO

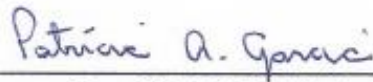
**MELHORA DA ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA
EM MULHERES COM SÍNDROME DA BEXIGA
HIPERATIVA APÓS ELETROESTIMULAÇÃO EM
NERVO TIBIAL**

Brasília, 21/06/2017

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a. Liana Barbaresco Gomide Matheus
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Co-orientadora



Prof.^a Dr.^a. Patrícia Azevedo Garcia
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB



Me. Albênica Bontempo
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Dedicatória

Dedicamos este trabalho a nossos pais e familiares que não mediram esforços para nos ajudar em nossa graduação. O amor de vocês nos cercou e nos preencheu, nos sustentando até aqui.

AGRADECIMENTOS

Eu, Nathalya Cristine Teixeira, agradeço em primeiro lugar a Deus, que em seu infinito amor e misericórdia me concedeu saúde, coragem e determinação para chegar até aqui, vencendo todas as dificuldades desse longo caminho.

Agradeço aos meus pais, Roque Teixeira e Kelle Teixeira, por todo esforço, empenho, determinação e amor que sempre tiveram para contribuírem na minha formação. Obrigado por terem feito sempre o melhor que puderam, e tudo que estava ao seu alcance. Ao meu irmãozinho Gustavo Henrique, que é a luz da minha vida, meu amor incondicional. Como uma criança iluminada que és, sempre me transbordando de amor e sentimentos puros, que me motivaram a cada dia. A minha avó Cândida Maria, que sempre me colocou em suas orações e sempre tinha palavras de calma e muito amor nos momentos turbulentos. Ao meu noivo, Christopher Maciel, que me apoiou em todas as adversidades vividas e sempre foi companheiro, com muita paciência, cuidado e amor. Amo infinitamente vocês.

Eu, Thamires Botelho, agradeço primeiramente a Deus, que por sua inefável graça me conduziu de forma singular até aqui. A Ele seja toda honra e toda glória.

Agradeço aos meus pais, Ronaldo Alves Botelho e Meire Lopes Silva Botelho, por terem me ensinado desde cedo o caminho em que eu deveria andar, e por me guiarem por este, com todo amor, carinho, sustento e compreensão. Obrigada por terem me proporcionado um lar harmonioso, repleto de princípios, onde pude desenvolver meu lado humanizado, tornando meu olhar sensível, atencioso e bondoso para com o próximo. Aos meus irmãos Victor e Larissa Botelho, agradeço por todo apoio e por toda torcida em prol da minha felicidade. Vocês são meus exemplos de vida e expresso aqui a minha paixão por todos vocês!

Nós, como dupla, agradecemos especialmente à professora doutora Aline Teixeira Alves, que por meio de seu amor por sua profissão, especificamente pela Fisioterapia Uroginecológica, plantou em nós essa semente que floresce a cada dia. Agradecemos pela oportunidade, pela disponibilidade, parceria, credibilidade, por todo aprendizado e confiança depositada a nós ao longo desses anos de pesquisa e extensão. A senhora tem todo nosso carinho e admiração.

Agradecemos à professora doutora Liana Barbaresco Gomide Matheus, que tão gentilmente aceitou nos coorientar, exercendo este papel com tanta dedicação, atenção, mansidão e ternura. Saiba que o nosso trabalho jamais seria o mesmo sem o seu auxílio.

Ao grupo de pesquisa e extensão, agradecemos por todos os dias de convívio. Em especial às fisioterapeutas Raquel Jácomo, Albênica Bontempo, Daniela Malschik e Andrea Bortolazzo, por toda paciência e conhecimento passado a nós.

À professora doutora Patrícia Azevedo Garcia pela disposição e disponibilidade em nos auxiliar na estatística de Pibcs e TCCs.

Aos professores do curso de fisioterapia, aos professores da Faculdade de Ceilândia, aos nossos supervisores de estágio e a cada paciente que nos oportunizou contribuir para sua melhora. Vocês foram fundamentais em nossa formação, carregamos um pedacinho de cada um de vocês em nós.

Aos nossos amigos da UnB que nos acompanharam ao longo da graduação e tornaram esses anos ainda mais especiais, agradecemos pelos momentos felizes e engraçados, pelo apoio em

momentos tristes ou estressantes. Obrigada por confiarem a nós a amizade de vocês. Vocês tornaram a nossa graduação única, levaremos vocês em nossa memória!

Agradecemos à Fundação Universidade de Brasília por nos proporcionar um ambiente de aprendizado, de convívio multidisciplinar, de pesquisa e de crescimento. Somos muito felizes por ter participado desta Universidade e sentimo-nos orgulhosas pela qualidade do ensino que recebemos. A todos que contribuíram de alguma forma para que hoje chegássemos até aqui, muito obrigada!

E por fim, agradecemos uma a outra, por termos juntas, enfrentado todas as adversidades e dividido as alegrias que um trabalho como este é capaz de proporcionar.

RESUMO

TEIXEIRA, Nathalya Cristine., BOTELHO, Thamires Lopes. Melhora da Ansiedade e Qualidade de Vida de Mulheres com Síndrome da Bexiga Hiperativa Após Eletroestimulação em Nervo Tibial. 2017. Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2017.

As alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento favorecem o desenvolvimento da Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH). O presente estudo tem o objetivo de avaliar o efeito da eletroestimulação transcutânea em nervo tibial posterior (ETNTP) na ansiedade, depressão e qualidade de vida (QV) de idosas com SBH. Trata-se de um ensaio clínico randomizado, com avaliador cego, com comparação entre grupos (G1 x G2) de uma amostra (n=104). Observou-se em ambos os grupos melhora significativa da ansiedade e da QV ($p \leq 0,05$). Em relação a variável depressão, não houve melhora significativa ($p > 0,05$). Portanto, a ETNTP demonstrou-se efetiva para melhora da ansiedade e QV, não observando-se melhora em sintomas depressivos.

Palavras chave: bexiga hiperativa, ansiedade, qualidade de vida, depressão, nervo tibial.

ABSTRACT

TEIXEIRA, Nathalya Cristine., BOTELHO, Thamires Lopes. Improvement of Anxiety and Quality of Life of Women with Overactive Bladder After Tibial Nerve Stimulation. 2017. University of Brasilia, undergraduate course of Physicaltherapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2017.

The physiological changes due to aging favor the development of Overactive Bladder (OAB). The present study has the objective of evaluating the effect of percutaneous tibial nerve stimulation (PTNS) on anxiety, depression and quality of life (QoL) of elderly women with SBH. This is a randomized, blind-sighted study comparing groups in a sample of 104 volunteers. Significant improvement in anxiety and QoL was observed in both groups ($p \leq 0.05$). Regarding the depression variable, there was no significant improvement ($p > 0.05$). Therefore, ETNTP was effective in improving only anxiety and QoL, no improvement in depression was observed.

Keywords: Overactive Bladder, anxiety, quality of life, depression, tibial nerve.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAISM	Centro de Atendimento Integrado à Saúde da Mulher
DM	Diário miccional
EAB	Escala de ansiedade de Beck
ES	Eletroestimulação
ETNTP	Eletroestimulação transcutânea do nervo tibial posterior
GDS-15	Escala de depressão geriátrica de Yesavage
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
ICIQ-OAB	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire – Overactive Bladder</i>
ICS	<i>International Continence Society</i>
IMC	Índice de massa corporal
IU	Incontinência urinária
IUGA	<i>International Urogynecology Association</i>
IUM	Incontinência urinária mista
OAB V8	<i>Overactive bladder version 8</i>
QV	Qualidade de vida
RA	Região administrativa
ReBEC	Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos
SBH	Síndrome da bexiga hiperativa
SM	Salário mínimo
SNC	Sistema nervoso central
TUI	Trato urinário inferior

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de seleção da amostra.

Tabela 1. Idade, comorbidades e características sócio-demográficas em G1 e G2.

Figura 2. Questionário OAB-V8 antes e após o tratamento em idosas com SBH.

Tabela 2. Ansiedade e depressão em G1 e G2 pré e pós tratamento.

Figura 3. Questionário ICIQ-OAB pré e pós tratamento em idosas com SBH.

Tabela 3. Ocorrência dos sintomas de SBH em G1 e G2 (Diário Miccional).

Figura 4. Incômodo dos sintomas em G1 e G2, pré e pós tratamento por eletroestimulação em mulheres idosas com SBH.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	12
2- METODOLOGIA.....	13
2.1. Tipo de Estudo.....	13
2.2. Amostra.....	13
2.2.1. Critérios de Elegibilidade.....	13
2.2.2. Critérios de Exclusão.....	13
2.2.3. Randomização.....	14
2.3. Variáveis e Instrumentos de Avaliação.....	14
2.4. Procedimentos.....	15
2.5. Intervenção.....	16
2.6. Estatística.....	16
3- RESULTADOS.....	17
4- DISCUSSÃO.....	22
5- CONCLUSÃO.....	25
6- REFERÊNCIAS.....	26
7- ANEXOS.....	30
ANEXO A – Aprovação do Registro no ReBEC.....	30
ANEXO B – Questionário OAB-V8.....	31
ANEXO C – Escala de Ansiedade de Beck (EAB).....	32
ANEXO D – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS-15).....	33
ANEXO E – Questionário ICIQ – OAB.....	34
ANEXO F - Diário Miccional.....	35
ANEXO G - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	36
ANEXO H – Normas da Revista Topics in Geriatric Rehabilitation.....	38

8- APÊNDICES.....	46
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	46

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento enquanto processo biológico ocorre de forma natural, inevitável e irreversível, sendo responsável por diversas mudanças no organismo. Na mulher, as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento assim como as mudanças do trato urinário inferior (TUI), favorecem o desenvolvimento da Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH).¹ De acordo com a *International Continence Society (ICS)* e *International Urogynecological Association (IUGA)*, a SBH é considerada uma síndrome clínica, caracterizada por urgência miccional com ou sem incontinência urinária (IU), geralmente acompanhada de polaciúria e noctúria, em ausência de infecção do trato urinário ou outra condição patológica causal², sendo prevalente em 7% a 26% da população mundial³. A urgência miccional é definida como um desejo súbito de urinar. A incontinência urinária caracteriza-se pela perda involuntária de urina e quando somada à urgência, denomina-se urge incontinência. A interrupção do sono devido a necessidade de urinar, é definida como noctúria e a polaciúria, refere-se ao aumento da frequência miccional, avaliada pelo número de idas ao banheiro em 24 horas, considerando este aumento acima de oito micções neste período.²

A SBH está associada à ansiedade, depressão e alterações na qualidade de vida (QV).⁴ Os distúrbios afetivos e os sintomas de SBH compartilham os mesmos neurotransmissores em sua neurofisiologia, sendo eles a serotonina e norepinefrina. Estes, desempenham papel regulador sobre a etiologia da ansiedade e depressão e também sobre a função da bexiga.⁵ Os sintomas miccionais da síndrome afetam diretamente a QV, podendo impulsionar ou agravar problemas sociais, psicológicos, emocionais, físicos e sexuais.⁴ Estudos apontam que pessoas portadoras de SBH apresentam menores pontuações em questionários de avaliação da QV, evidenciando não apenas um comprometimento físico mas o agravamento da saúde mental.⁶ Relatos de confusão mental, baixa auto-estima e auto-culpa são frequentes nesta população, culminado principalmente em isolamento social.⁴

O tratamento para SBH pode ser realizado por meio de terapia comportamental, terapia farmacológica, aplicação de toxina botulínica, neuromodulação sacral, além da eletroestimulação transcutânea do nervo tibial posterior (ETNTP).⁷ Este nervo possui fibras motoras e sensitivas que derivam do sistema nervoso parassimpático e se insere na espinha dorsal sacral, junto às projeções nervosas para bexiga.⁸ A ETNTP tem como objetivo modular os estímulos que chegam à bexiga, por meio da despolarização das fibras aferentes somáticas

sacrais e lombares, proporcionando a diminuição da atividade detrusora e consequentemente a inibição da atividade vesical.⁹ Ainda não há evidências acerca da melhor forma de estimulação do nervo tibial: em limiar sensitivo ou limiar motor. Porém, a técnica é considerada uma boa alternativa terapêutica para SBH devido ao baixo custo e à ausência de efeitos colaterais.⁸

Considerando a elevada prevalência de SBH na população idosa e as consequências que a síndrome causa na QV, ansiedade e depressão, o presente estudo tem por objetivo avaliar o efeito da ETNTP na ansiedade, sintomas de depressão, QV e hábito urinário de idosas com SBH, bem como comparar o estímulo realizado nos limiares sensitivo e motor.

2. METODOLOGIA

2.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um ensaio clínico do tipo randomizado, com avaliador cego e análise de comparação dos dados entre os grupos. Foram avaliados prontuários contidos em um banco de dados referentes a uma pesquisa para uma tese de doutorado realizada em 2013. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, pelo número de parecer 410.161, de 30 de setembro do mesmo ano, sendo também registrada no ReBEC [Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos Randomizados, com número de registro: RBR- 39dz5v] (ANEXO A).

2.2. AMOSTRA

Composta por 104 voluntárias residentes da Região Administrativa (RA) de Ceilândia – DF, recrutadas de grupos de convivência e do Centro de Saúde 04 desta RA. A triagem das voluntárias foi realizada no Programa Escola de Avós, promovida uma vez ao mês, na sede do Corpo de Bombeiros Militar de Ceilândia - DF.

2.2.1. Critérios de Elegibilidade

Ser do sexo feminino, com idade igual ou superior a 60 anos, apresentando pontuação ≥ 8 pontos no Questionário Overactive Bladder, version 8 - OAB-V8 (ANEXO B).

2.2.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídas da amostra idosas com infecção do TUI, histórico de tratamento para SBH, cirurgia como tratamento para incontinência urinária (IU) prévia, doenças neurológicas

de base (Esclerose Múltipla, Doença de Alzheimer, Acidente Vascular Encefálico, Doença de Parkinson), histórico de neoplasia gênitourinária, irradiação pélvica prévia, queixa de dor na região de baixo ventre durante a micção por mais de seis meses (possível cistite intersticial), presença de prolapso genital avançado que ultrapassasse o introito vaginal completamente, uso de marca-passo cardíaco, implantes metálicos em região de pé/tornozelo, incapacidade para responder e preencher os questionários/diário miccional adequadamente e abandono de tratamento.

2.2.3. Randomização

Após avaliação inicial, as voluntárias foram randomizadas por meio do site: www.random.org. Foram divididas em dois grupos, em que G1: eletroestimulação (ES) em limiar sensitivo e G2: ES em limiar motor. A equipe responsável pelo tratamento realizou a randomização, sendo a avaliadora não ciente da distribuição dos grupos.

2.3. VÁRIÁVEIS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Foram consideradas as seguintes variáveis para descrever a amostra: idade, IMC, número de gestações, número de partos vaginal, escolaridade, raça, estado civil, renda familiar, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus, incontinência urinária mista (IUM), constipação e tabagismo. A QV foi analisada e correlacionada a sintomas de BH e ao grau de incômodo dos sintomas (frequência urinária diurna, noctúria, urgência e urge incontinência); a graduação das variáveis clínicas também foi avaliada, sendo elas: ansiedade e depressão após o tratamento por ETNTP.

Para a identificação da ocorrência de BH, foi utilizado o Questionário OAB-V8, preenchido previamente nos grupos de convivência, confirmando o cumprimento dos critérios de elegibilidade. Este instrumento foi traduzido para a língua portuguesa e avalia a frequência urinária, urgência, noctúria e urge incontinência. É composto por 6 perguntas com pontuação de uma escala *likert* que varia de 0 (nada) a 5 (muitíssimo), em que mulheres com pontuação igual ou superior a oito pontos são consideradas portadoras da síndrome.¹⁰

O nível de ansiedade foi avaliado por meio da Escala de Ansiedade de Beck (EAB) (ANEXO C), validada previamente. Esta é composta por 21 itens, que avaliam diferentes sintomas de ansiedade, em que as possíveis respostas são: Absolutamente Não, Levemente, Moderadamente e Gravemente. Composta por perguntas de autoavaliação, relacionadas à

percepção de ansiedade por parte do indivíduo, ao longo da semana anterior. O escore total é obtido pela soma das pontuações dos itens, variando entre 0 e 63, em que 0-7 indica um grau mínimo de ansiedade, 8-15 ansiedade leve, 16-25 ansiedade moderada e 26-63 indica ansiedade severa.¹¹

Os sintomas depressivos das voluntárias foram detectados por meio da versão validada e reduzida da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS-15) (ANEXO D). O instrumento, amplamente utilizado, serve como triagem de depressão em 15 questões com respostas dicotômicas (sim/não), onde o resultado ≥ 6 pontos sugere depressão, e escore igual ≥ 11 , sugere depressão grave.¹²

O impacto dos sintomas na QV foi avaliado por meio do questionário ICIQ-OAB (*International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder*) (ANEXO E). O instrumento foi validado para a língua portuguesa e avalia o impacto dos sintomas de frequência urinária, urgência, noctúria e urge incontinência na QV por meio de seis questões específicas. A pontuação varia de 0-16, em que quanto maior a pontuação, maior o impacto dos sintomas na QV do indivíduo.¹³

O hábito urinário foi avaliado de forma subjetiva por meio do Diário Miccional (DM) de três dias (ANEXO H). O instrumento foi desenvolvido em forma de pictograma e cedido pela Dr^a. Andrea Marques, chefe do Centro de Atendimento Integrado à Saúde da Mulher – CAISM da UNICAMP. O instrumento analisa os episódios de frequência miccional em 24 horas, urgências miccionais, urge incontinências e noctúria. Seguindo as recomendações da ICS o diário foi preenchido por três dias consecutivos. Para as análises utilizou-se o dado da média dos 3 dias para cada sintoma.¹⁴

2.4. PROCEDIMENTOS

As voluntárias receberam explicações detalhadas sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos de avaliação, tratamento e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Inicialmente foram submetidas a uma entrevista para o registro da idade, comorbidades e características sócio-demográficas. Responderam aos questionários ICIQ-OAB, EAB, GDS-15 e receberam o DM para o preenchimento em domicílio. Posteriormente as voluntárias passaram por um exame físico para a avaliação da presença de prolapso genitais utilizando a escala de Baden e Walker. A escala divide as distopias em 4 graus, sendo 0, ausência, 1 até o hímen, 2 atinge o hímen, 3 ultrapassa o introito vaginal

parcialmente, 4 ultrapassa o introito vaginal totalmente.¹⁵ As voluntárias que apresentaram prolapso, foram excluídas do estudo, porém devidamente encaminhadas para o tratamento cirúrgico.

2.5. INTERVENÇÃO

O tratamento consistiu-se em oito sessões de ETNTP, com frequência de 2 vezes semanais e duração de 30 minutos cada sessão. O equipamento utilizado foi o DUALPEX 961®, com eletrodos de carbono. O protocolo de fixação de eletrodos foi o mesmo em ambos os grupos, em que o eletrodo positivo era fixo e posicionado 4 dedos acima do maléolo medial, posterior à tibia, e o eletrodo negativo era móvel, posicionado posterior ao maléolo medial, podendo seguir o trajeto do nervo tibial do membro inferior direito. A correta posição dos eletrodos foi determinada pela visualização de flexões rítmicas dos dedos dos pés durante estimulação com frequência de 1 Hz e largura de pulso de 200 μ s.⁹

Em voluntárias do grupo G1 (limiar sensitivo), após a fixação do eletrodo, foi diminuída a intensidade e aumentada à frequência de estimulação para 10 Hz. A intensidade permanecia em limiar sensitivo durante toda a sessão. Enquanto no G2 (limiar motor), após o mesmo protocolo de fixação de eletrodo, a frequência também era aumentada para 10 Hz e a intensidade era mantida em limiar motor durante toda a sessão. As terapeutas foram orientadas a aumentar a intensidade sempre que houvesse a diminuição do movimento dos dedos dos pés das voluntárias. Foram adotados como critérios de interrupção do tratamento: desconforto com a corrente elétrica, avaliado pela solicitação de interrupção da ETNTP por parte da voluntária, síncope ou outras queixas associadas durante a sessão. Após oito sessões as voluntárias foram reavaliadas com a utilização dos mesmos instrumentos.

2.6. ESTATÍSTICA

Para realização da análise estatística utilizou-se o software *Statistical Package for Social Sciences*, versão 16.0. A análise da normalidade de distribuição dos dados foi realizada por meio do teste *Kolmogorov-Smirnov*, que indicou distribuição não normal para variáveis dependentes. Para a comparação dos dados, utilizou-se testes não paramétricos. A comparação dos dados contínuas entre os dois grupos foi feita por meio do teste *Kruskal Wallis* (representado por p_a) e a comparação de variáveis categóricas de caracterização por meio do teste qui-quadrado e exato de *Fisher*. A comparação intragrupo (pré e pós tratamento) foi

realizada por meio do teste *Wilcoxon* e representada por p_b . Foi considerado como nível de significância $p \leq 0,05$. Os gráficos foram gerados por meio do programa *GraphPad Prism 5*.

3. RESULTADOS

Foram recrutadas para participar deste estudo 104 voluntárias, das quais 28 mulheres não cumpriram os critérios de elegibilidade, pois possuíam idade inferior a 60 anos, restando no total da amostra, 76 idosas. Destas, foram excluídas idosas com infecção do trato urinário inferior (4), doenças neurológicas da base (1), câncer de intestino (1), presença de prolapso genital avançado (1) e abandono de tratamento (8 em G1 e 4 em G2). Para as análises finais restaram o total de 57 idosas, sendo randomizadas em dois grupos, 31 no G1 e 26 no G2.

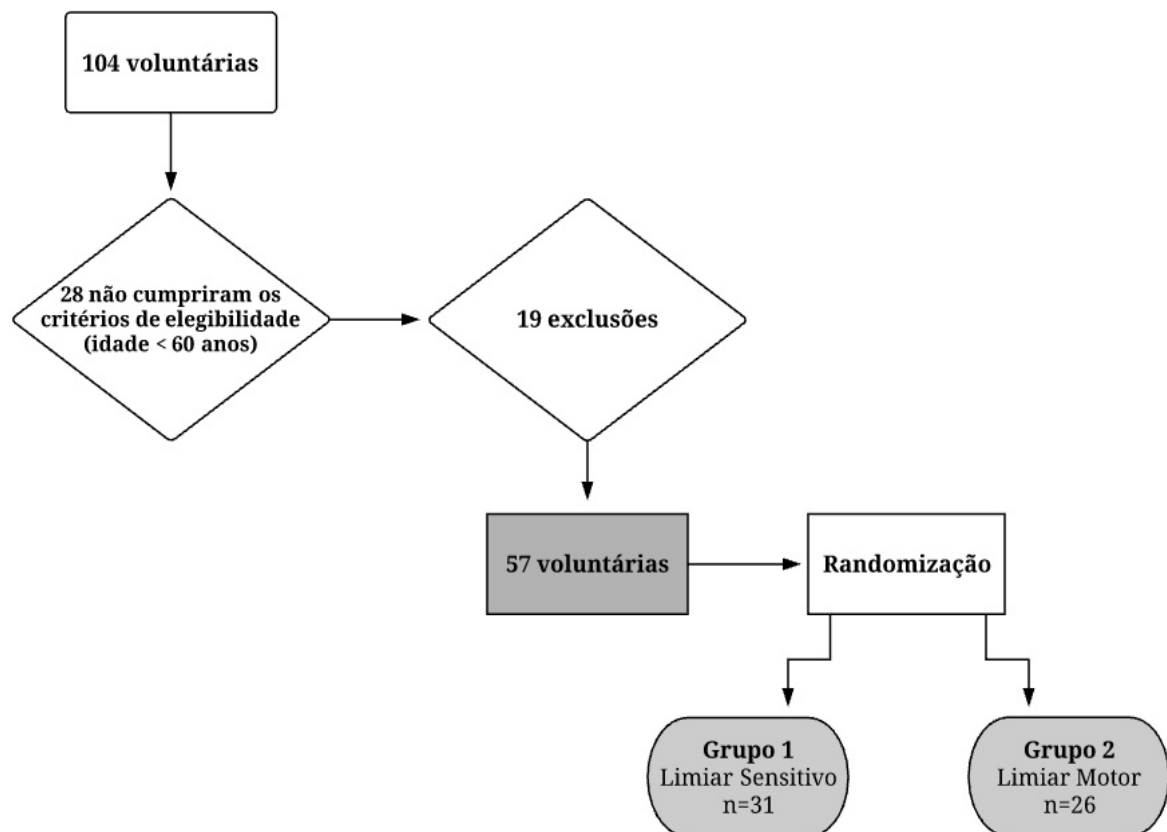


Figura 1. Fluxograma de seleção da amostra.

De acordo com a Tabela 1, ambos os grupos apresentaram homogeneidade para idade, comorbidades e características sócio-demográficas. Não houve diferença significativa entre os grupos no escore do OAB-V8 pré tratamento, as médias apresentadas foram $21,00 \pm 7,474$ em G1 e $21,15 \pm 5,619$ em G2. Após o tratamento, observou-se melhora significativa em ambos os grupos, apresentando médias de $6,71 \pm 3,831$ e $9,69 \pm 6,498$ respectivamente (Figura 2).

Tabela 1. Idade, comorbidades e características sociodemográficas em G1 e G2.

Variável	Grupo 1 - ETNTP limiar sensitivo (n=31)	Grupo 2 - ETNTP limiar motor (n=26)	P-valor intergrupo (G1 x G2)
Idade ($\bar{x} \pm dp$)	67,77 \pm 6,28	69,19 \pm 5,89	0,312
IMC ($\bar{x} \pm dp$)	28,06 \pm 4,53	29,00 \pm 4,78	0,564
Gestação ($\bar{x} \pm dp$)	5,22 \pm 3,39	5,00 \pm 3,21	0,796
Parto vaginal ($\bar{x} \pm dp$)	4,61 \pm 3,25	4,07 \pm 2,79	0,594
Escolaridade ($\bar{x} \pm dp$)	3,38 \pm 3,31	4,15 \pm 2,80	0,496
Raça			0,408
Branca (%)	38,7	30,8	
Negra (%)	16,1	7,7	
Outra (%)	45,2	61,5	
Com parceiro (%)	32,3	46,2	0,212
Renda: 1-2 SM (%)	77,4	69,2	0,345
HAS (%)	80,6	84,6	0,486
Diabetes (%)	12,9	26,9	0,159
IUM (%)	77,4	84,6	0,366
Constipação (%)	19,4	19,2	0,629
Tabagista (%)	9,7	0	0,154

ETNTP Eletroestimulação transcutânea em nervo tibial posterior, IMC índice de massa corporal (kg/m^2), SM salário mínimo, HAS hipertensão arterial sistêmica, IUM incontinência urinária mista, P comparação entre G1 e G2, $\bar{x} \pm dp$ média \pm desvio padrão.

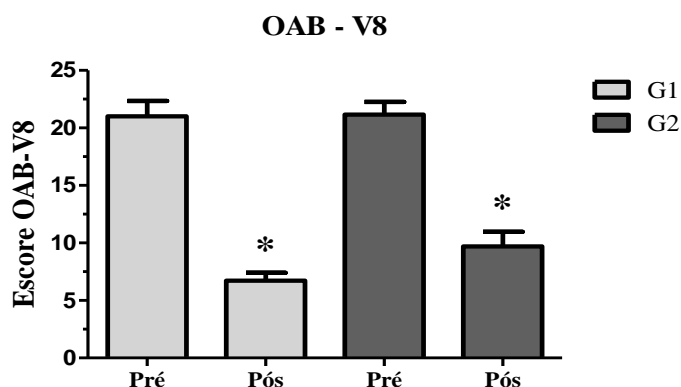


Figura 2. Questionário OAB-V8 antes e após o tratamento em idosas com SBH. OAB-V8 Questionário Overactive Bladder (version 8), G1 grupo 1, G2 grupo 2, * diferença estatística após o tratamento ($p < 0,05$).

Na avaliação inicial da ansiedade observou-se que os grupos apresentavam grau moderado de ansiedade, com médias de $16,61 \pm 9,18$ e $18,69 \pm 10,78$ respectivamente. Em ambos os grupos, houve uma redução significativa destas pontuações após o tratamento, apresentando médias de $13,12 \pm 9,29$ em G1 e $13,42 \pm 8,08$ em G2. Na análise dos sintomas de depressão, não houve melhora na comparação intergrupo (p_a) e intragrupo (p_b) após o tratamento por ES (Tabela 2).

Tabela 2. Ansiedade e depressão em G1 e G2 pré e pós tratamento.

Variável	Grupo 1 – ETNTP limiar sensitivo (n=31)	Grupo 2 – ETNTP limiar motor (n=26)	P^a -valor intergrupo (G1 x G2)
Ansiedade ($\bar{x} \pm dp$)			
Pré	$16,61 \pm 9,18$	$18,69 \pm 10,78$	0,451
Pós	$13,12 \pm 9,29$	$13,42 \pm 8,08$	0,659
p^b	0,022*	0,005*	-
Depressão ($\bar{x} \pm dp$)			
Pré	$5,00 \pm 2,608$	$5,19 \pm 2,994$	0,929
Pós	$5,42 \pm 3,452$	$6,62 \pm 4,355$	0,260
p^b	0,625	0,79	-

ETNTP Eletroestimulação transcutânea em nervo tibial posterior, **G1** grupo 1, **G2** grupo 2, **$\bar{x} \pm dp$** média \pm desvio padrão, **P^a** comparação entre grupo G1 e G2, **P^b** comparação intragrupo (pré e pós tratamento), * $p \leq 0,05$.

Na avaliação do hábito urinário por meio do diário miccional, o sintoma mais relatado pelas idosas foi a frequência miccional, seguido por urgência, noctúria e urge incontinência, de acordo com a Tabela 3. Todos os sintomas apresentaram melhora significativa após a ES, não havendo diferença significativa entre a ETNTP em limiar sensitivo e motor ($p > 0,05$).

De acordo com a Figura 3, o escore geral do instrumento ICIQ-OAB obteve diminuição significativa ($p < 0,001$) após a ETNTP em ambos os grupos. Em G1 a média pré tratamento foi de $8,51 \pm 3,37$ e em G2, $8,76 \pm 2,87$ pontos. Após o tratamento o G1 apresentou média $3,54 \pm 2,44$ e G2 $4,26 \pm 2,82$ pontos, respectivamente. Não houve diferença estatística significativa entre a melhora do grupo G1 e G2 (p_a pré: 0,705, p_a pós: 0,197).

Tabela 3. Ocorrência dos sintomas de SBH em G1 e G2 (Diário Miccional).

Diário Miccional (DM)	Grupo 1 – ETNTP limiar sensitivo (n=31)	Grupo 2 – ETNTP limiar motor (n=26)	<i>P^a</i> -valor intergrupo (G1 x G2)
Frequência ($\bar{x} \pm dp$)			
Pré	11,57 \pm 3,64	11,68 \pm 3,08	0,828
Pós	7,65 \pm 2,25	8,11 \pm 2,93	0,724
<i>P^b</i>	0,001*	0,001*	-
Urgência ($\bar{x} \pm dp$)			
Pré	2,23 \pm 2,61	2,56 \pm 2,24	0,384
Pós	0,41 \pm 0,74	0,88 \pm 1,69	0,334
<i>P^b</i>	0,001*	0,001*	-
Noctúria ($\bar{x} \pm dp$)			
Pré	2,07 \pm 1,42	2,69 \pm 1,79	0,277
Pós	0,99 \pm 1,01	1,38 \pm 1,67	0,627
<i>P^b</i>	0,001*	0,001*	-
Urge incontinência ($\bar{x} \pm dp$)			
Pré	1,46 \pm 2,08	2,23 \pm 1,96	0,069
Pós	0,21 \pm 0,45	0,88 \pm 1,83	0,091
<i>P^b</i>	0,001*	0,003*	-

DM Diário Miccional, ETNTP Eletroestimulação transcutânea em nervo tibial posterior, G1 grupo 1, G2 grupo 2, *P^a* comparação entre grupos G1 e G2, *P^b* comparação intragrupo (pré e pós tratamento), $\bar{x} \pm dp$ média

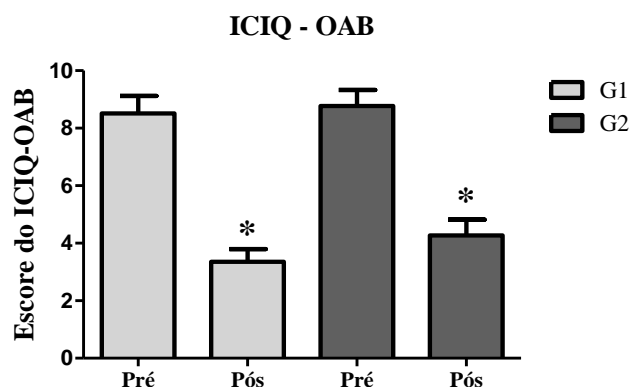


Figura 3. Questionário ICIQ-OAB pré e pós tratamento em idosas com SBH. G1 grupo 1, G2 grupo 2, ICIQ-OAB International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder, * diferença estatística após o tratamento ($p \leq 0,05$).

A urgência foi o sintoma de maior incômodo em ambos os grupos de acordo com o ICIQ-OAB, apresentando médias de $7,09 \pm 3,13$ em G1 e $7,57 \pm 2,50$ em G2. Após a urgência, os sintomas de maior incômodo em G1 foram noctúria, urge incontinência e frequência, com médias $6,41 \pm 3,81$, $6,19 \pm 4,11$, $5,87 \pm 3,32$, respectivamente. Em G2, urge incontinência, frequência e noctúria, com médias $7,42 \pm 3,03$, $7,34 \pm 2,20$ e $6,26 \pm 3,72$, respectivamente (Figura 4).

Para todos os incômodos de sintomas houve melhora significativa após o tratamento por ETNTP. O incômodo da urgência foi o que mais reduziu, com diminuição das médias para $2,70 \pm 2,66$ em G1 e $3,15 \pm 3,18$ em G2. O incômodo da frequência reduziu para $2,38 \pm 2,84$ em G1 e $3,30 \pm 3,27$ em G2, o de urge incontinência para $1,83 \pm 3,09$ em G1 e $3,30 \pm 3,88$ em G2 e o incômodo da noctúria para $2,45 \pm 3,38$ e $1,88 \pm 3,15$, respectivamente (Figura 4).

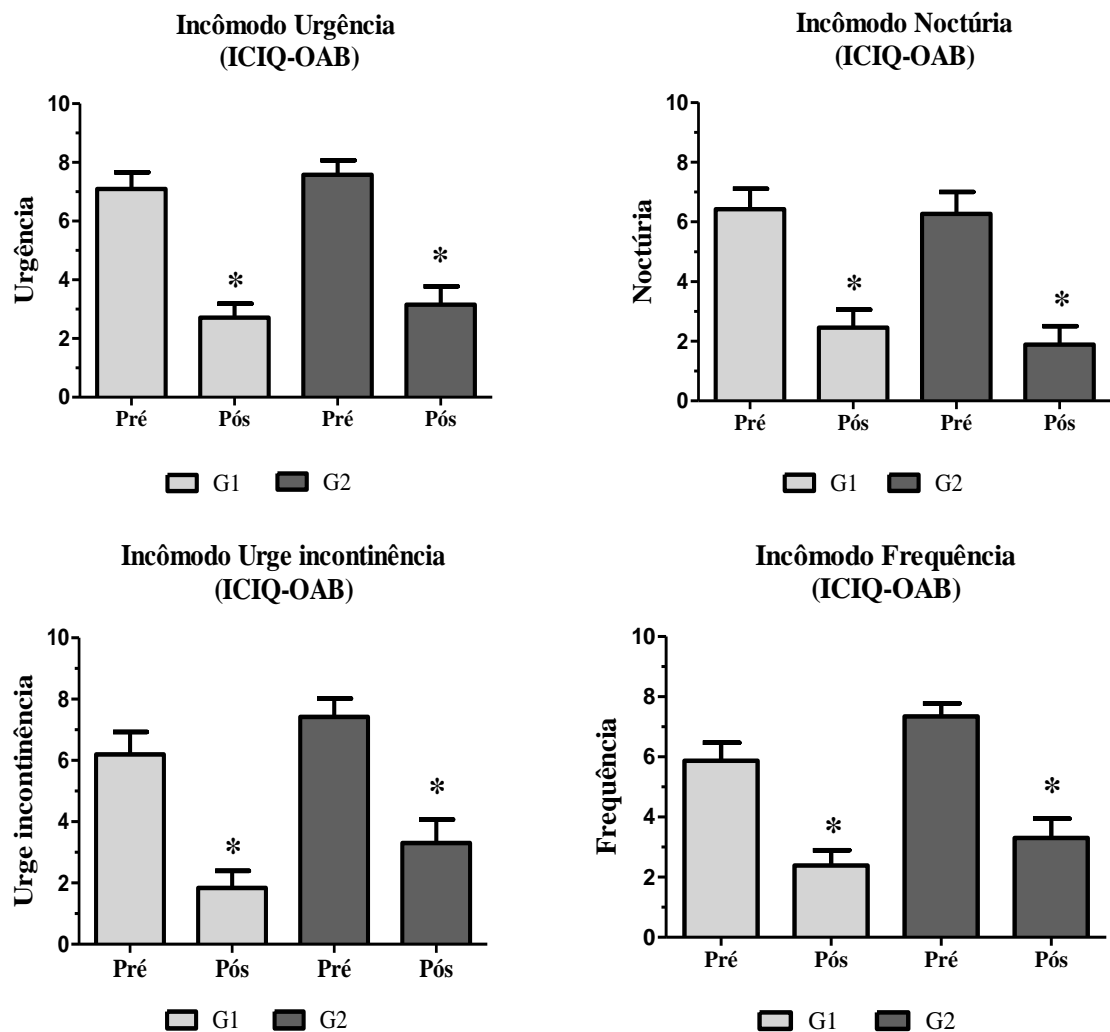


Figura 4. Incômodo dos sintomas em G1 e G2, pré e pós tratamento por eletroestimulação em mulheres idosas com SBH.

ICIQ-OAB *International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder*, G1 grupo 1, G2 grupo 2, * diferença estatística após o tratamento ($p \leq 0,05$).

4. DISCUSSÃO

O presente estudo recrutou mulheres com 60 anos ou mais devido a maior ocorrência de SBH nesta população quando comparada ao sexo masculino.³ No Brasil, uma amostra de 848 voluntários foi avaliada e 18,9% desta população apresentou SBH, destes, 35% eram homens e 65% mulheres.¹⁶ Outro estudo mais recente, também no Brasil, pesquisou 3.000 voluntários (1.500 homens e 1.500 mulheres) em que a prevalência de SBH foi de 5,1% em homens e de 10% em mulheres, sendo relatada em maior frequência por mulheres com idade acima de 60 anos.¹⁷

A amostra demonstrou-se homogênea para variáveis que traçam o perfil sociodemográfico (idade, IMC, número de gestação, paridade, escolaridade, raça, estado civil e renda familiar), dados de comorbidades (HAS, IUM e constipação) e hábito de vida (tabagismo), proporcionando uma comparação fidedigna entre os grupos. Em um estudo realizado nos EUA, a prevalência de SBH por grupo racial e idade foi avaliada e associada à comorbidades. Os resultados mostraram que fatores como idade avançada, baixa escolaridade, aumento do IMC, tabagismo, artrite e depressão eram preditores da SBH.¹⁸ A raça pode estar ligada à influências genéticas e diferenças culturais, que afetam outros mecanismos contribuintes para o desenvolvimento de SBH, como número de gestações e número de partos vaginais.¹⁹

O tratamento para SBH se divide em primeira, segunda e terceira linha. Esta hierarquia deriva-se dos benefícios potenciais para o paciente, levando-se em consideração a invasividade, duração do tratamento e a reversibilidade dos sintomas. O tratamento de primeira linha com a terapia comportamental não apresenta riscos ao indivíduo e consiste em educação e mudanças de hábitos. O tratamento de segunda linha é realizado com fármacos, não invasivo, porém apresenta como riscos o aparecimento de efeitos colaterais que afetam principalmente a QV. Para indivíduos refratários aos tratamentos anteriores, utiliza-se a terceira linha, que consiste em procedimentos cirúrgicos e aplicação de toxina botulínica, estes apresentam maiores riscos por serem invasivos. A ETNTP também compõe a terceira linha de tratamento. A grande vantagem é devido ao baixo custo e ao não aparecimento de efeitos colaterais.⁷

Neste estudo, optou-se por utilizar a eletroterapia como tratamento inicial, pois havia intenção de avaliar seus efeitos e comparar dois limiares de intensidade. Na comparação intragrupo (p_b), não houve diferença significativa ($p > 0,05$) para nenhuma variável,

evidenciando que a escolha entre os limiares de ES indiferem. A eletroterapia como primeira linha de tratamento foi efetiva no hábito urinário e na QV de idosas com SBH. A eficácia encontrada corrobora com ensaios clínicos randomizados que também utilizaram a ETNTP, porém comparadas à outros tipos de tratamento.^{20,21,22} No presente estudo, observou-se melhora significativa em sintomas de frequência miccional, urgência, noctúria e urge incontinência, assim como no ensaio clínico randomizado que comparou um grupo de tratamento por oxibutinina com outro grupo de ETNTP. As participantes do G1 administravam 10 mg/dia de oxibutinina em 12 semanas, enquanto o G2 recebeu 30 minutos de ETNTP, 2 vezes na semana em um período de 12 semanas. Ao final notou-se redução significativa dos sintomas miccionais, principalmente em sintoma de urgência em ambos os grupos.²²

Em relação aos incômodos, o presente estudo mostrou que a urgência foi o sintoma de maior incômodo, corroborando com estudo de Moreira *et al.*¹⁷ Em um estudo da avaliação urodinâmica após ETNTP houve aumento da capacidade vesical e diminuição no aparecimento de contrações não inibidas do destrusor, o que favorece a diminuição da urgência miccional, justificando os achados do presente estudo em relação a esta variável⁹.

A melhora significativa na QV foi observada por meio da redução da pontuação do questionário ICIQ-OAB, em que G1 apresentou média inicial de 8,51, reduzindo-a para 3,54 pontos, após o tratamento por ETNTP. Em G2 a média passou de 8,76 para 4,26 pontos, respectivamente. Em um ensaio clínico randomizado, utilizou-se o mesmo instrumento para avaliar a QV em voluntárias com SBH. As 58 voluntárias foram divididas em três grupos, G1: ETNTP, G2: administração de oxibutinina (10 mg/dia) e G3: ETNTP associado à oxibutinina. Após 12 semanas de tratamento, houve redução de 10,3 para 5,9 pontos no questionário de QV do G1, corroborando com o presente estudo.²¹ Um estudo de revisão sistemática sobre o impacto de SBH na QV, identificou que a urge incontinência pode agravar distúrbios emocionais, limitar atividades de vida diária e causar isolamento social devido ao constrangimento em episódios de perda urinária. Porém não há consenso sobre maior comprometimento físico ou psicológico na síndrome, em que diferentes dimensões da QV podem ser afetadas. Os autores também abordam a importância da graduação dos sintomas, pois estes atuam como fortes indicadores no comprometimento da QV. Quanto mais grave os sintomas, maior será o acometimento da QV.⁶ Em nosso estudo, esta graduação foi realizada por meio do DM e após o tratamento, observou-se diminuição na gravidade de todos os sintomas, justificando a evidente melhora na QV.

A deterioração da QV relacionada aos sintomas de SBH pode culminar em ansiedade e depressão. Em uma revisão sistemática, a relação entre SBH e condições psiquiátricas foi analisada. Os resultados trouxeram evidências suficientes para afirmar que essas condições ocorrem frequentemente em portadores da síndrome, embora a causalidade não pudesse ser identificada.²³ A serotonina e a norepinefrina, bem como as interações entre esses dois neurotransmissores, possuem papel importante na neurofisiologia de ansiedade e depressão. O sistema serotoninérgico aparenta regular a ansiedade durante o desenvolvimento e na idade adulta, influenciando o funcionamento da bexiga.⁵ Um estudo experimental em ratos mostrou que níveis reduzidos de serotonina no sistema nervoso central (SNC) levam ao aumento da frequência urinária e à hiperatividade do detrusor. Essa diminuição dos níveis de serotonina possui papel influente na ansiedade, explicando a associação entre este distúrbio psicológico e SBH.²⁴ Outro estudo realizado no Brasil, mostrou que os sintomas de SBH estavam relacionados à graus leve, moderado e grave de ansiedade em mulheres com SBH.²⁵ No presente estudo, as voluntárias apresentavam inicialmente grau moderado de ansiedade em ambos os grupos, após o tratamento notou-se grau leve de ansiedade, evidenciando melhora desta variável. Ainda não foram encontrados outros ensaios clínicos randomizados que avaliem a melhora da ansiedade após o tratamento por ETNTP.

A prevalência da depressão é cerca de duas a três vezes maior no sexo feminino do que no masculino²⁶ e maior em mulheres que apresentam SBH quando comparadas à mulheres que não possuem sintomas da mesma.²⁵ Em um estudo realizado nos Estados Unidos buscou-se explicar a relação entre SBH e depressão, baseando-se em fatores fisiológicos, sugerindo associação da depressão com diminuição na função da serotonina, em que algumas formas de depressão estão associadas à redução na função deste neurotransmissor, o que pode influenciar diretamente na micção. Dependendo do interneurônio em ação, a serotonina pode inibir (retenção) ou ativar (urgência) a micção, sugerindo assim que a diminuição na função da serotonina predispõe à depressão e contribui para hiperatividade da bexiga²⁷. Um estudo realizado com amostra de 5.820 mulheres, tinha por objetivo elucidar a relação de depressão e a propensão ao desenvolvimento de IU, assim como associar a IU à propensão a depressão. Concluiu-se que a direção de causalidade é de depressão para IU, com justificativa neurofisiológica.²⁸

Em um estudo com o objetivo de avaliar a prevalência e gravidade de ansiedade e depressão e sua correlação com a gravidade dos sintomas em mulheres com SBH, provou-se que mulheres com depressão grave apresentaram maiores escores de noctúria e urge

incontinência do que aquelas com depressão leve. Este achado, indica a correlação entre sintomas de SBH e depressão, em que a depressão e ansiedade estão predominantemente associados à urgência, urge incontinência e noctúria⁵, corroborando com o presente estudo, onde o sintoma de maior incômodo foi a urgência.

É possível inferir que não há uma conclusão definitiva sobre a depressão ser causa ou consequência de SBH, o que torna essa associação complexa e mal elucidada.^{29,23} É válido ressaltar que no presente estudo foi realizada uma análise aguda dos sintomas, o que indica que em uma avaliação crônica, é possível uma melhora significativa de sintomas depressivos após tratamento por ETNTP. Isso caracteriza uma limitação do presente estudo, e desta forma sugere-se realização de mais estudos abordando relação entre essas variáveis, para maior investigação acerca deste resultado. Não foram encontrados estudos que investigassem o efeito do tratamento por meio da ETNTP para SBH nos sintomas de ansiedade e depressão, desta forma o presente estudo torna-se inédito por correlacionar tais variáveis neste perfil de pacientes.

5. CONCLUSÃO

A ETNTP demonstrou-se efetiva para reduzir sintomas de ansiedade, melhorar a QV e o hábito urinário de idosas com SBH. Esta melhora, foi semelhante após o tratamento com limiar sensitivo e motor, não apresentando efeito significativo em sintomas depressivos.

6. REFERÊNCIAS

1. Verdejo C, Méndez S, Salinas J. La disfunción del tracto urinario inferior en el paciente mayor. *Med Clin (Barc)*. 2016;147(10):455-460. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.03.043.
2. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010;21(1):5-26. doi:10.1007/s00192-009-0976-9.
3. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU Int*. 2011;108(7):1132-1138. doi:10.1111/j.1464-410X.2010.09993.x.
4. Kinsey D, Pretorius S, Glover L, Alexander T. The psychological impact of overactive bladder: A systematic review. *J Health Psychol*. 2016;21(1):69-81. doi:10.1177/1359105314522084.
5. Melotti IGR, Juliato CRT, Tanaka M, Riccetto CLZ. Severe depression and anxiety in women with overactive bladder. *Neurourol Urodyn*. April 2017. doi:10.1002/nau.23277.
6. Bartoli S, Aguzzi G, Tarricone R. Impact on Quality of Life of Urinary Incontinence and Overactive Bladder: A Systematic Literature Review. *Urology*. 2010;75(3):491-500. doi:10.1016/j.urology.2009.07.1325.
7. Gormley EA, Lightner DJ, Faraday M, Vasavada SP. Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults: AUA/SUFU Guideline Amendment. *J Urol*. 2015;193(5):1572-1580. doi:10.1016/j.juro.2015.01.087.

8. Fischer-Sgrott FO, Manffra EF, Busato Junior WFS. Qualidade de vida de mulheres com bexiga hiperativa refratária tratadas com estimulação elétrica do nervo tibial posterior. *Rev Bras Fisioter.* 2009;13(6):480-486. doi:10.1590/S1413-35552009000600003.
9. AMARENCO G, ISMAEL SS, EVEN-SCHNEIDER A, et al. Urodynamic Effect of Acute Transcutaneous Posterior Tibial Nerve Stimulation in Overactive Bladder. *J Urol.* 2003;169(6):2210-2215. doi:10.1097/01.ju.0000067446.17576.bd.
10. Acquadro C, Kopp Z, Coyne KS, Corcos J, Tubaro A, Choo M-S. Translating overactive bladder questionnaires in 14 languages. *Urology.* 2006;67(3):536-540. doi:10.1016/j.urology.2005.09.035.
11. Cunha J. Manual da versão em português das Escalas Beck. *São Paulo Casa do Psicólogo.* 2001.
12. Paradela E, Lourenço R, Veras R. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saude Publica.* 2005. <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/31959>. Accessed June 2, 2017.
13. Pereira SB, Thiel R do RC, Riccetto C, et al. Validação do International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB) para a língua portuguesa. *Rev Bras Ginecol e Obs.* 2010;32(6):273-278. doi:10.1590/S0100-72032010000600004.
14. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Am J.* 2002. <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.elsevier-d1dd0a77-d744-32b3-862a-75f9f8cf459e/content/partDownload/8900b0c7-b69c-39dc-8cbd-94217452a25f>. Accessed June 2, 2017.
15. Araujo M, Takano C, Girão M, Sartori M. A história da classificação do prolapso genital.

- Femina*. 2009. <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/es/lil-539345>. Accessed June 2, 2017.
16. Teloken C, Caraver F, Weber F, Teloken P. Overactive bladder: prevalence and implications in Brazil. *Eur Urol*. 2006. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0302283806000443>. Accessed June 2, 2017.
 17. Moreira ED, Neves RCS, Neto AF, et al. A Population-based survey of lower urinary tract symptoms (LUTS) and symptom-specific bother: results from the Brazilian LUTS epidemiology study (BLUES). *World J Urol*. 2013;31(6):1451-1458. doi:10.1007/s00345-013-1057-8.
 18. Coyne KS, Sexton CC, Bell JA, et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) and overactive bladder (OAB) by racial/ethnic group and age: Results from OAB-POLL. *Neurourol Urodyn*. 2013;32(3):230-237. doi:10.1002/nau.22295.
 19. Wennberg A-L, Altman D, Lundholm C, et al. Genetic Influences Are Important for Most But Not All Lower Urinary Tract Symptoms: A Population-Based Survey in a Cohort of Adult Swedish Twins. *Eur Urol*. 2011;59(6):1032-1038. doi:10.1016/j.eururo.2011.03.007.
 20. Schreiner L, dos Santos TG, Knorst MR, da Silva Filho IG. Randomized trial of transcutaneous tibial nerve stimulation to treat urge urinary incontinence in older women. *Int Urogynecol J*. 2010;21(9):1065-1070. doi:10.1007/s00192-010-1165-6.
 21. Souto SC, Reis LO, Palma T, Palma P, Denardi F. Prospective and randomized comparison of electrical stimulation of the posterior tibial nerve versus oxybutynin versus their combination for treatment of women with overactive bladder syndrome. *World J Urol*. 2014;32(1):179-184. doi:10.1007/s00345-013-1112-5.

22. Manríquez V, Guzmán R, Naser M, et al. Transcutaneous posterior tibial nerve stimulation versus extended release oxybutynin in overactive bladder patients. A prospective randomized trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;196:6-10. doi:10.1016/j.ejogrb.2015.09.020.
23. Vrijens D, Drossaerts J, van Koevinge G, Van Kerrebroeck P, van Os J, Leue C. Affective symptoms and the overactive bladder — A systematic review. *J Psychosom Res.* 2015;78(2):95-108. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.11.019.
24. Nemeroff CB. The neurobiology of depression. *Sci Am Ed.* 1998;278:42-49.
25. Alves AT, Jácomo RH, Gomide LB, et al. Relationship between anxiety and overactive bladder syndrome in older women. *Rev Bras Ginecol e Obs.* 2014;36(7):310-314. doi:10.1590/SO100-720320140005008.
26. Kafri R, Kodesh A, Shames J, Golomb J, Melzer I. Depressive symptoms and treatment of women with urgency urinary incontinence. *Int Urogynecol J.* 2013;24(11):1953-1959. doi:10.1007/s00192-013-2116-9.
27. ZORN BH, MONTGOMERY H, PIEPER K, GRAY M, STEERS WD. URINARY INCONTINENCE AND DEPRESSION. *J Urol.* 1999;162(1):82-84. doi:10.1097/00005392-199907000-00020.
28. Melville JL, Fan M-Y, Rau H, Nygaard IE, Katon WJ. Major depression and urinary incontinence in women: temporal associations in an epidemiologic sample. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;201(5):490.e1-490.e7. doi:10.1016/j.ajog.2009.05.047.
29. Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS, Ebel-Bitoun C, Milsom I, Chapple C. The impact of overactive bladder on mental health, work productivity and health-related quality of life in the UK and Sweden: results from EpiLUTS. *BJU Int.* 2011;108(9):1459-1471. doi:10.1111/j.1464-410X.2010.10013.x.

7. ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do Registro no ReBEC

Approved Submission - RBR-39dz5v

Entrada x



Rebec <rebec@icict.fiocruz.br>

22 de
mai

para mim, dtostes

Message sent by the site:
Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos
<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>

Message:

Url do registro(trial url):<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-39dz5v/>
Numero de Registro (Register Number):RBR-39dz5v

Prezado Registrante,

Temos o prazer de informar que seu estudo foi publicado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC).

Agradecemos por seu registro e colaboração e, desde já, nos colocamos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir, seja em caso de atualização do registro ou, até mesmo, uma nova submissão.

Por favor, não hesite em contactar-nos.

Cordialmente,

ReBEC Staff - ReBEC/ICICT/LIS
Av. Brasil 4036 - Maré - sala 807
Rio de Janeiro RJ CEP: 21040-360
Tel: [+55\(21\)3882-9227](tel:+55(21)3882-9227)
www.ensaiosclinicos.gov.br

ANEXO B

Questionário OAB-V8

Questionário de Avaliação da Bexiga Hiperativa (Versão Validada em Português do Instrumento OAB – V8™)						
<p>As perguntas abaixo são sobre o quanto você tem sido incomodado(a) por alguns sintomas de bexiga. Faça um X no número correspondente à resposta que melhor descreve o quanto cada sintoma tem incomodado você. Some o valor de todas as suas respostas para obter o resultado.</p>						
O quanto você tem sido incomodado(a) por...	Nada	Quase nada	Um pouco	Suficiente	Muito	Muitíssimo
1. Urinar frequentemente durante o dia?	0	1	2	3	4	5
2. Uma vontade urgente e desconfortável de urinar?	0	1	2	3	4	5
3. Uma vontade repentina e urgente de urinar, com pouco ou nenhum aviso prévio?	0	1	2	3	4	5
4. Perdas acidentais de pequenas quantidades de urina?	0	1	2	3	4	5
5. Urinar na cama durante a noite?	0	1	2	3	4	5
6. Acordar durante a noite porque teve que urinar?	0	1	2	3	4	5
7. Uma vontade incontrolável e urgente de urinar?	0	1	2	3	4	5
8. Perda de urina associada à forte vontade de urinar?	0	1	2	3	4	5
Você é do sexo masculino?	Se for, some mais dois pontos ao resultado.					

Some os valores de suas respostas: _____

Se o resultado for 8 ou mais, você pode ter Bexiga Hiperativa.

ANEXO C

Escala de Ansiedade de Beck (EAB)

Nome: _____

Idade: _____

Data: ____/____/____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO D**Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS-15)**

Voluntário (a): _____

Data ____/____/____

- | | | |
|---|------------------|------------------|
| 1. Você está satisfeito com sua vida? | () Sim | () Não |
| 2. Abandonou muitos de seus interesses e atividades? | () Sim | () Não |
| 3. Sente que sua vida está vazia? | () Sim | () Não |
| 4. Sente-se freqüentemente aborrecido? | () Sim | () Não |
| 5. Você tem muita fé no futuro? | () Sim | () Não |
| 6. Tem pensamentos negativos? | () Sim | () Não |
| 7. Na maioria do tempo está de bom humor? | () Sim | () Não |
| 8. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer? | () Sim | () Não |
| 9. Sente-se feliz na maioria do tempo? | () Sim | () Não |
| 10. Sente-se freqüentemente desamparado, adoentado? | () Sim | () Não |
| 11. Sente-se freqüentemente intranquilo? | () Sim | () Não |
| 12. Prefere ficar em casa em vez de sair? | () Sim | () Não |
| 13. Preocupa-se muito com o futuro? | () Sim | () Não |
| 14. Acha que tem mais probl de memória que os outros? | () Sim | () Não |
| 15. Acha bom estar vivo? | () Sim | () Não |

ANEXO E

Questionário ICIQ – OAB

International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder
(Brazilian Portuguese)

DATA: ____ / ____ / ____

NOME: _____

1. Informe a sua data de nascimento: ____ / ____ / ____

2. Informe seu sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Muitas pessoas sofrem eventualmente de sintomas urinários. Estamos tentando descobrir quantas pessoas têm sintomas urinários, e quanto isso incomoda. Agradecemos a sua participação ao responder estas perguntas, para sabermos como tem sido o seu incômodo **durante as últimas 4 semanas.**

3a) Quantas vezes você urina durante o dia?

☐ (0) 1 a 6 vezes ☐ (1) 7 a 8 vezes ☐ (2) 9 a 10 vezes ☐ (3) 11 a 12 vezes ☐ (4) 13 vezes ou mais

3b) O quanto isso incomoda você?

(nada) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 (muito)

4a) Quantas vezes, em média, você tem que se levantar durante a noite para urinar?

☐ 0 Nenhuma vez ☐ 1 uma vez ☐ 2 duas vezes ☐ 3 tres vezes ☐ 4 quatro vezes ou mais

4b) O quanto isso incomoda você?

(nada) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 (muito)

5a) Você precisa se apressar para chegar ao vaso sanitário para urinar?

☐ 0 Nunca ☐ 1 muito eventualmente ☐ 2 as vezes ☐ 3 quase o tempo todo ☐ 4 o tempo todo

5b) O quanto isso incomoda você?

(nada) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 (muito)

6a) Ocorre perda de urina antes de chegar ao vaso sanitário?




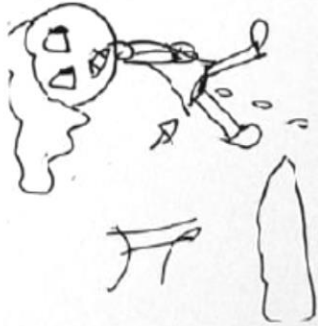


☐ 0 Nunca ☐ 1 muito eventualmente ☐ 2 as vezes ☐ 3 quase o tempo todo ☐ 4 sempre acontece

6b) O quanto isso incomoda você?

(nada) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 (muito)

ANEXO F

Diário Miccional (DM)

Como preencher: durante três dias (3) anotar:		
<p>Situação 1 Fiz xixi normalmente</p> 	<p>Situação 2 Perdi urina tossindo ou fazendo algum esforço</p> 	<p>Situação 3 Senti uma vontade forte e repentina de fazer xixi e precisei correr para o banheiro</p> 
<p>Situação 4 Senti uma vontade forte e repentina de fazer xixi e precisei correr para o banheiro, mas molhei a calcinha</p> 	<p>Situação 5 Precisei levantar a noite para fazer xixi</p> 	<p>Situação 6 Fiz xixi na cama enquanto dormia</p> 

ANEXO G

Parecer do Comitê de Ética

	FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - CEP/FS-UNB	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: RESPOSTA MOTORA E SENSITIVA APÓS ESTIMULAÇÃO EM NERVÓ TIBIAL POSTERIOR EM IDOSAS COM SÍNDROME DA BEXIGA HIPERATIVA		
Pesquisador: Aline Teixeira Alves		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 08970713.8.0000.0030		
Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde - FACS/UNB		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 410.161		
Data da Relatoria: 11/09/2013		
Apresentação do Projeto:		
Idem ao anterior.		
Objetivo da Pesquisa:		
Idem ao anterior.		
Avaliação dos Riscos e Benefícios:		
Idem ao anterior.		
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:		
Idem ao anterior.		
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:		
Foi anexada em substituição a declaração de interesse nas ações propostas assinada pelo chefe de enfermagem do Centro de Saúde 4, o Termo de Concordância, assinado pela Diretora do Centro de Saúde 4.		
Recomendações:		
Não se aplica.		
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:		
Os projetos (pesquisa e da plataforma) foram reformulados e compatibilizados. Foi apresentado		
Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000 UF: DF Município: BRASÍLIA Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cep/fs@unb.br		



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 413.181

esclarecimentos sobre os critérios de exclusão. O TCLE foi reformulado de acordo com modelo do CEP-FS e atende a resolução CNS 466/12. Foi apresentado esclarecimentos sobre o início da coleta de dados, no que se refere a frase no tempo passado, e informado que foi retirada do texto e ainda que o projeto semelhante foi aprovado em 2008 pela FEPECS. Foi esclarecido que o projeto de extensão associada a essa pesquisa não foi contemplado com nenhum recurso, portanto, o financiamento é próprio e ainda que se trata de um projeto de doutorado orientado pela Profa. Dra. Margô Gomes de Oliveira Karnikoski, e que a Profa. Ruth Lousada de Menezes não está na co-orientação.

Todas as pendências foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASÍLIA, 30 de Setembro de 2013

Assinador por:
Natan Monsore de Sá
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

Fax: (61)3307-3799

E-mail: cepfs@unb.br

ANEXO H

Normas da Revista Topics in Geriatric Rehabilitation

Online Submission and Review System

Scope

Topics in Geriatric Rehabilitation, (TGR) is a peer-reviewed quarterly publication that presents clinical, basic, and applied research, as well as theoretic information, consolidated into a clinically relevant form. *TGR* is a leading resource for the healthcare professional practicing in the area of geriatric rehabilitation. *TGR* provides useful treatment information written by and for specialists in all aspects of geriatric care. Each issue focuses on a specific topic, providing best practices and dependable hands-on tips and techniques.

Conflicts of interest:

Authors must state all possible conflicts of interest in the **Title Page of the manuscript**, including financial, consultant, institutional and other relationships that might lead to bias or a conflict of interest. If there is no conflict of interest, this should also be explicitly stated as none declared. All sources of funding should be acknowledged in the **Title Page of the manuscript**. All relevant conflicts of interest and sources of funding should be included on the title page of the manuscript with the heading "Conflicts of Interest and Source of Funding:".

For example:

Conflicts of Interest and Source of Funding: A has received honoraria from Company Z. B is currently receiving a grant (#12345) from Organization Y, and is on the speaker's bureau for Organization X – the CME organizers for Company A. For the remaining authors none were declared.

In addition, each author must complete and submit the journal's copyright transfer agreement, which includes a section on the disclosure of potential conflicts of interest based on the recommendations of the International Committee of Medical Journal Editors, "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (www.icmje.org/update.html).

A copy of the form is made available to the submitting author within the Editorial Manager submission process. Co-authors will automatically receive an Email with instructions on completing the form upon submission.

Human and Animal Studies

Experimental studies on humans must include a statement that the study was approved by an Institutional Review Board (IRB) or ethics committee and that the subjects gave informed consent. Such approval should be described in the Methods section of the manuscript. In addition, for studies conducted with human subjects, the method by which informed consent was obtained from the participants (i.e., verbal or written) must be stated in the Methods section. Any systematic data gathering effort in patients or volunteers must be approved by an IRB or adhere to appropriate local/national regulations.

- In situations where a formal IRB process is not available, the authors must indicate that the principles outlined in the Declaration of Helsinki have been followed. More information regarding the Declaration of Helsinki can be found at <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

- o Experimental work on animals must conform to the guidelines laid out in the Guide for the Care and Use of Laboratory Animals, which is available from the National Academy of Science; a text-only version is available at <http://www.nap.edu/readingroom/books/labrats/>. Adherence to all relevant regulations and/or approval of the appropriate institutional Animal Care Committee or governmental licensure of the investigator and/or laboratory must be obtained. A statement concerning such approval must be included at the beginning of the Methods section.

Permissions

Authors should submit written permission from the copyright owner (usually the publisher) to use direct quotations, tables, or illustrations that have appeared in copyrighted form elsewhere, along with complete details about the source. A permission form is available <http://tgr.edmgr.com/>. **(Please note: Wolters Kluwer Health is not responsible for any fees that are required for permission to reprint. Such fees are the responsibility of the author applying for the permission.)**

On-line manuscript submission

All manuscripts must be submitted on-line through the new web site at <http://tgr.edmgr.com/>.

First-time users: Please click the Register button from the menu above and enter the requested information. On successful registration, you will be sent an e-mail indicating your user name and password. *Note:* If you have received an e-mail from us with an assigned user ID and password, or if you are a repeat user, do not register again. Just log in. Once you have an assigned ID and password, you do not have to re-register, even if your status changes (that is, author, reviewer, or editor).

Authors: Please click the log-in button from the menu at the top of the page and log in to the system as an Author. Submit your manuscript according to the author instructions. You will be able to track the progress of your manuscript through the system. If you experience any problems, please contact Wendy James, Managing Editor, via email at editorialmanager@ec.rr.com.

Publication Policy

Invited articles: TGR is a topic-oriented journal. Issue editors are engaged to design the journal contents and solicit authors for each issue. Author of invited articles should submit their papers online via Editorial Manager (<http://www.editorialmanager.com/tgr>); please include the name of the inviting Editor in the Comments section when submitting your article.

Unsolicited articles: Authors are encouraged to submit the following types of unsolicited articles:

- (1) original research articles, based on observations or experimentation, that add new knowledge to the field of geriatric rehabilitation,
- (2) analytical reviews that codify existing knowledge or throw light on the present and future roles of specialists in the field. The literature of geriatric rehabilitation and related disciplines should be reviewed for the purpose of preparing complete and definitive manuscripts.

(3) original clinical articles, that concern a hitherto unrecognized condition or offer new insight into the diagnosis or treatment of a condition. Patients should always be referred to as "the patient"; initials or other identification should not be used.

The decision to accept or reject an unsolicited article will be based on the judgment of internal Editors and/or external peer reviewers.

Please note that, due to limited space availability, Topics in Geriatric Rehabilitation can make no guarantee regarding time from acceptance to publication for unsolicited papers. Tailoring an unsolicited submission to match an upcoming issue topic (list available online at <http://www.topicsingeriatricrehabilitation.com>) is encouraged, but does not guarantee publication of the paper in that particular issue. **Submissions intended for upcoming issues should be made a minimum of four issues in advance.**

Unsolicited articles may also focus on topics unrelated to any upcoming topical issues. If accepted, a submission unrelated to a planned issue topic may be published as a Special Feature in an upcoming issue, on a space-available basis.

Manuscript Preparation

Manuscripts that do not adhere to the following instructions may be returned to the corresponding author for technical revision. **Any questions regarding manuscript submission may be addressed to:**

Wendy Powers James, PT
Managing Editor
Email: editorialmanager@ec.rr.com

Title page: Title page including (1) complete title of the article, (2) authors' full names, highest academic degrees, and affiliations (including titles, departments, and name and location of institutions of primary employment), (3) name and address for correspondence, including fax number, telephone number, and e-mail address; (4) address for reprints if different from that of corresponding author any acknowledgments credits, or disclaimers and (5) disclosure of all sources of support that require acknowledgment, including from any of the following organizations: National Institutes of Health (NIH); Wellcome Trust; Howard Hughes Medical Institute (HHMI); and other(s).

Abstract: Please provide an abstract of 100 words or fewer describing the main points of the article. If it is an original research article, prepare a structured abstract describing (1) what was observed or investigated, (2) the subjects and methods, and (3) the results and conclusions. Also include up to 7 key words that describe the contents of the article like those that appear in the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) or the National Library of Medicine's Medical Subject Headings (MeSH).

Text: Organize the manuscript logically into main and sub headings. Clearly indicate in the text where all tables and/or figures should be placed. Define abbreviations at first mention in text and in each table and figure legend. If a brand name is cited, please supply the manufacturer's name and address (city and state/country). Please include all forms of support, including pharmaceutical and industry support, on the title page (first page) of the manuscript; if no funding was received, include a statement to this effect instead.

Abbreviations: For a list of standard abbreviations, consult the *Council of Biology Editors Style Guide* (available from the Council of Science Editors, 9650 Rockville Pike, Bethesda, MD 20814) or other standard sources. Please write out the full term for each abbreviation at its first use unless it is a standard unit of measure.

References: The authors are responsible for the accuracy of the references. Cite unpublished data, such as papers submitted but not yet accepted for publication or personal communications, in parentheses in the text. Refer to the *List of Journals Indexed in Index Medicus* for abbreviations of journal names or access the list at: <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>.

Please note the following about references:

- References must be cited in the text and styled in the reference list according to the *American Medical Association Manual of Style*, Ed. 10, Copyright 2007, AMA.
- References **should not** be created using Microsoft Word's automatic footnote/endnote feature.
- If there are more than six authors, list only the first three followed by et al; if there are six or fewer, list all authors
- References should be included on a separate page at the end of the article and should be double spaced.
- References should be numbered consecutively in the order they are cited; reference numbers can be used more than once throughout an article.
- Page numbers should appear with the text citation following a specific quote.

Sample references are given below:

Journal articles

1. Doe J. Allied medical education. JAMA. 1975;23:170–184.
2. Doe J. Drug use during high school. Am J Public Health. 1976;64(5):12–22..

Book chapter

3. Winawar S, Lipkin M. Proliferative abnormalities in the gastrointestinal tract. In: Card WI, Creamer B, eds. *Modern Trends in Gastroenterology*. 4th ed. London, England: Butterworth & Co; 1970.

Entire book

4. Farber SD. *Neurorehabilitation: A Multisensory Approach*. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1982.

Software

4. *Epi Info* [computer program]. Version 6. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 1994.

Online journals

5. Friedman SA. Preeclampsia: a review of the role of prostaglandins. Obstet Gynecol [serial online]. January 1988;71:22–37. Available from: BRS Information Technologies, McLean, VA. Accessed December 15, 1990.

Database

6. CANCERNET-PDQ [database online]. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 1996. Updated March 29, 1996.

World Wide Web

7. Gostin LO. Drug use and HIV/AIDS [*JAMA* HIV/AIDS web site]. June 1, 1996. <http://www.ama-ssn.org/special/hiv/ethics>. Accessed June 26, 1997.

Figures:

Here are the basics to have in place before submitting your digital art to *Topics in Geriatric Rehabilitation*:

- **Artwork saved as TIFF** (tagged image file format) **or EPS** (encapsulated PostScript) **files**. Do not save TIFFs as compressed files. PPT (PowerPoint) files are also acceptable, but are discouraged due to the potential for the image to have low resolution.
- **Artwork created as the actual size** (or slightly larger) it will appear in the journal. (To get an idea of the size images should be when they print, study a copy of the journal to which you wish to submit. Measure the artwork typically shown and scale your image to match.)
- **Crop out any white or black space** surrounding the image.
- **Text and fonts in any figure** can be any of the following acceptable fonts: Helvetica, Times New Roman, Symbol, Mathematical PI, and European PI.
- **Line art must be saved at a resolution of at least 1200 dpi** (dots per inch).
- **Images -- radiographs, CT scans, and so on-- and scanned images must be saved at a resolution of at least 300 dpi.**
- **Each figure must be saved and submitted as a separate file.**
 - For multi-panel or composite figures only: Any figure with multiple parts should be sent as one file with each part labeled the way it is to appear in print.
- **Color figures:** Figures submitted in color will be converted to black and white for print but will be processed for color online. Authors who want to have their figures printed in color as well will be responsible for covering the cost of color reproduction. Authors can work directly with the Production Editor after their article is submitted to production for an estimate of the cost of publishing figures in color.

Remember:

- Artwork generated from office suite programs such as CorelDRAW, MS Word, Excel, and artwork downloaded from the Internet (JPEG or GIF files) **cannot be used** because the quality is too poor for print publication.
- **Cite figures consecutively** in your manuscript.
- **Number figures in the figure legend** in the order in which they are discussed.
- **Include the figure legend in your manuscript**, following the reference list.
- **Upload figures consecutively** to the Editorial Manager web site and number figures consecutively the **Description** box during upload

Figure legends: Supply a caption for each figure, typed double spaced in the manuscript following the reference list. Captions should include the figure title, explanatory statements, notes, or keys; and source and permission lines. If a figure has been previously published, in part or in total, acknowledge the original source and submit written permission from the

copyright holder to reproduce or adapt the material. Include a source line crediting the source where the material was originally published.

Tables:

- Please create tables using the table creating and editing feature of your word processing software (e.g., Word, WordPerfect). Do not use Excel or comparable spreadsheet programs.
- Submit each table in a separate file.
- Number tables consecutively and supply a brief title for each.
- Include explanatory footnotes for all nonstandard abbreviations. For footnotes, use the following symbols, in this sequence: *, †, ‡, §, ||, **, ††, etc.
- Cite each table in the text in consecutive order.
- If you use data from another published or unpublished source, obtain permission and acknowledge fully.

Please create tables using the table creating and editing feature of your word processing software (e.g., Word, WordPerfect). Do not use Excel or comparable spreadsheet programs. Group all tables in a separate file. Cite tables consecutively in the text. Key each table on a separate sheet and include the table title, appropriate column heads, and explanatory legends (including definitions of any abbreviations used). Please do not embed tables within the body of the manuscript. The tables should be self-explanatory and supplement, rather than duplicate, the material in the text.

Supplemental Digital Content

Supplemental Digital Content (SDC): Authors may submit SDC via Editorial Manager to WKH journals that enhance their article's text to be considered for online posting. SDC may include standard media such as text documents, graphs, audio, video, etc. On the Attach Files page of the submission process, please select Supplemental Audio, Video, or Data for your uploaded file as the Submission Item. If an article with SDC is accepted, our production staff will create a URL with the SDC file. The URL will be placed in the call-out within the article. SDC files are not copy-edited by WKH staff, they will be presented digitally as submitted. For a list of all available file types and detailed instructions, please visit <http://links.lww.com/A142>.

SDC Call-outs

Supplemental Digital Content must be cited consecutively in the text of the submitted manuscript. Citations should include the type of material submitted (Audio, Figure, Table, etc.), be clearly labeled as "Supplemental Digital Content," include the sequential list number, and provide a description of the supplemental content. All descriptive text should be included in the call-out as it will not appear elsewhere in the article.

Example:

We performed many tests on the degrees of flexibility in the elbow (see Video, Supplemental Digital Content 1, which demonstrates elbow flexibility) and found our results inconclusive.

List of Supplemental Digital Content

A listing of Supplemental Digital Content must be submitted at the end of the manuscript file. Include the SDC number and file type of the Supplemental Digital Content. This text will be removed by our production staff and not be published.

Example:

Supplemental Digital Content 1.wmv

SDC File Requirements

All acceptable file types are permissible up to 10 MBs. For audio or video files greater than 10 MBs, authors should first query the journal office for approval. For a list of all available file types and detailed instructions, please visit <http://links.lww.com/A142>.

Style: Pattern manuscript style after the *American Medical Association Manual of Style* (10th edition), *Stedman's Medical Dictionary* (27th edition) and *Merriam Webster's Collegiate Dictionary* (10th edition) should be used as standard references. Refer to drugs and therapeutic agents by their accepted generic or chemical names. Do not abbreviate them. Use code numbers only when a generic name is not yet available. In that case, supply the chemical name and a figure showing the chemical structure of the drug. Capitalize the trade names of drugs and place them in parentheses after the generic names. To comply with trademark law, include the name and location (city and state in USA; city and country outside USA) of the manufacturer of any drug, supply, or equipment mentioned in the manuscript. Use the metric system to express units of measure and degrees Celsius to express temperatures. Use SI units rather than conventional units.

Page proofs and corrections: Corresponding authors will receive electronic page proofs before publication. Portable document format (PDF) files of the typeset pages and support documents (e.g., reprint order form) will be sent to the corresponding author by e-mail. Complete instructions will be provided with the e-mail for downloading and printing the files and for faxing the corrected pages to the publisher. It is the author's responsibility to ensure that there are no errors in the proofs. Changes that have been made to make the chapter conform to Journal style will be allowed to stand if they do not alter the authors' meaning. Authors may be charged for alterations to the proofs beyond those required to correct errors or to answer queries. Proofs should be checked carefully and returned within 24 to 48 hours of receipt, as requested in the cover letter accompanying the page proofs.

Open access

Authors of accepted peer-reviewed articles have the choice to pay a fee to allow perpetual unrestricted online access to their published article to readers globally, immediately upon publication. Authors may take advantage of the open access option at the point of acceptance to ensure that this choice has no influence on the peer review and acceptance process. These articles are subject to the journal's standard peer-review process and will be accepted or rejected based on their own merit.

The article processing charge (APC) is charged on acceptance of the article and should be paid within 30 days by the author, funding agency or institution. Payment must be processed for the article to be published open access. For a list of journals and pricing please visit our [Wolters Kluwer Open Health Journals page](#).

Authors retain copyright

Authors retain their copyright for all articles they opt to publish open access. Authors grant Wolters Kluwer an exclusive license to publish the article and the article is made available under the terms of a Creative Commons user license. Please visit our [Open Access Publication Process page](#) for more information.

Creative Commons license

Open access articles are freely available to read, download and share from the time of publication under the terms of the [Creative Commons License Attribution-NonCommercial No Derivative \(CC BY-NC-ND\) license](#). This license does not permit reuse for any commercial purposes nor does it cover the reuse or modification of individual elements of the work (such as figures, tables, etc.) in the creation of derivative works without specific permission.

Compliance with funder mandated open access policies

An author whose work is funded by an organization that mandates the use of the [Creative Commons Attribution \(CC BY\) license](#) is able to meet that requirement through the available open access license for approved funders. Information about the approved funders can be found here: <http://www.wkopenhealth.com/inst-fund.php>

FAQ for open access

<http://www.wkopenhealth.com/openaccessfaq.php>

8. APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

A senhora está sendo convidada a participar do projeto “Resposta motora e sensitiva após estimulação em nervo tibial posterior em idosas com síndrome da bexiga hiperativa”. O objetivo desta pesquisa é avaliar o efeito da estimulação elétrica transcutânea no nervo tibial posterior nos sintomas de BH em idosas.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação será através de uma avaliação inicial no qual será avaliada a gravidade da incontinência urinária de urgência por meio de questionários previamente validados, assim como uma avaliação uroginecológica que avaliará a força dos músculos do assoalho pélvico e se a senhora apresenta ou não bexiga caída. Avaliaremos o comportamento da sua bexiga por 5 semanas para avaliar a melhora relacionada ao tempo. **O tratamento consiste em 8 sessões de eletroterapia de apenas 30 minutos, duas vezes por semana.** Após o tratamento, será realizado novamente uma avaliação (reavaliação) para saber como a bexiga da senhora está se comportando. **Todo o tratamento, assim como as avaliações, serão realizados as quartas e sextas no Centro de Saúde número 4 da Ceilândia/DF.** Informamos que a Senhora pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília por meio da Tese de Doutorado de Aline Teixeira Alves podendo ser publicados posteriormente. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificada como número para zelo de sua privacidade. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dra. Aline Teixeira, na Universidade de Brasília/FCE, Departamento de fisioterapia, telefone: 8116-0161 no horário: segunda a sexta-feira das 8:00-12:00 e das 14:00 as 18:00hrs.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome/Assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____